

Contraception et interruptions volontaires de grossesse

Contexte national

La **contraception** médicale a connu depuis le début des années 1970 une diffusion considérable, qui s'est accompagnée au cours des années récentes par une diversification de ses formes (implant, patch, contraception d'urgence) [1]. En France, selon le Baromètre santé de l'Inpes, 97 % des femmes de 20 à 49 ans *a priori* concernées déclarent utiliser une méthode contraceptive en 2005. La pilule est la méthode la plus fréquemment utilisée (57 %), devant le stérilet (25 %), et l'usage exclusif du préservatif (11 %) [2].

La stérilisation à visée contraceptive (ligature des trompes pour les femmes, des canaux déférents pour les hommes) a été légalisée par la loi du 4 juillet 2001. En 2005, elle concerne 8 % des femmes et 3 % des hommes de 45-54 ans [2].

Les usages contraceptifs varient beaucoup d'un pays à l'autre. Le recours à la stérilisation est peu fréquent en Europe (à l'exception de l'Angleterre), en Afrique et au Japon. La pilule elle, est peu utilisée en Chine, en Inde et au Japon. Le Japon est le seul pays du monde où le préservatif est privilégié [3].

En cas de rapport sexuel non ou mal protégé, la contraception d'urgence est accessible en pharmacie sans prescription médicale depuis 1999, et peut être délivrée gratuitement aux mineures. En 2005, 17 % des femmes de 17-49 ans déclarent l'avoir utilisée au moins une fois. Cette proportion atteint 32 % chez les 20-24 ans. Le plus souvent, les femmes déclarent avoir utilisé la contraception d'urgence de façon ponctuelle, principalement en raison d'une erreur concernant leur contraception régulière [2].

Le **recours à l'IVG** reste, malgré ce contexte, relativement fréquent. 17 % des femmes de 15-54 ans déclarent avoir déjà eu recours à l'IVG au moins une fois au cours de leur vie [2]. Pour l'année 2004, on estime à 210 700 le nombre d'IVG réalisées en France, soit un taux annuel de recours de 14,6 pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans. Cela place la France à un niveau moyen en Europe. C'est dans les nouveaux pays membres de l'Union européenne que les taux sont les plus élevés, avec plus de 20 IVG pour 1 000 femmes en Hongrie, Lettonie et Estonie [4].

Selon les données de l'enquête Cocon 2000, au moment où est survenue la grossesse non prévue ayant donné lieu à une IVG, 28 % des femmes n'utilisaient aucune méthode de contraception, 22 % une méthode naturelle, 19 % le préservatif, 23 % la pilule, l'échec étant alors six fois sur dix attribué à l'oubli de comprimés [1].

Le recours à l'IVG concerne toutes les catégories sociales, mais les femmes qui y recourent de façon répétée semblent confrontées à des difficultés affectives, économiques et sociales particulières [1].

L'IVG par mode médicamenteux (mifépristone ou RU 486) est possible jusqu'à sept semaines d'aménorrhée. En 2004, elle représente 42 % de l'ensemble des IVG. Sa pratique dans le cadre de la médecine de ville est autorisée depuis juillet 2004, mais elle reste encore marginale [4].

Depuis le milieu des années 1990, le taux de recours à l'IVG tend à augmenter (12,3 pour 1 000 en 1995, 14,6 en 2004). Cette progression concerne seulement les femmes de moins de 25 ans [4]. Pour l'Ined, ceci semble traduire non pas une plus grande fréquence des grossesses non prévues, mais une hausse de la propension à recourir à l'avortement dans ce cas, notamment chez les très jeunes femmes [1].

Dans les Pays de la Loire

■ 98 % des femmes de 20-49 ans *a priori* concernées utilisent un moyen de contraception en 2005. La pilule (54 %) et le stérilet (28 %) sont les méthodes les plus utilisées. L'usage de la pilule diminue avec l'âge, alors que celui du stérilet augmente (fig. 1). Ces résultats sont équivalents à ceux observés au plan national [2].

■ Chez les jeunes filles de 15-25 ans *a priori* concernées par la contraception, l'usage de la pilule a fortement augmenté entre 2000 et 2005, passant de 76 % à 86 %. Cette utilisation devient ainsi plus fréquente que la moyenne nationale (81 %) (fig. 3) [5].

■ La contraception d'urgence a vu son usage se développer dans la région comme en France au cours des années récentes. En 2005, 23 % des filles de 15-25 ans ayant déjà eu des rapports sexuels déclarent y avoir déjà eu recours au moins une fois au cours de leur vie. Ce taux est toutefois plus faible qu'au plan national (30 %) (fig. 3) [5].

■ 8 000 IVG ont été réalisées dans les établissements de santé des Pays de la Loire en 2004. Cela correspond à un taux régional de recours annuel de 10,3 IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans, le plus faible de France. Cette situation favorable de la région s'observe pour toutes les classes d'âge [6].

Comme en France, ce taux est en augmentation depuis le milieu des années 90 (fig. 4).

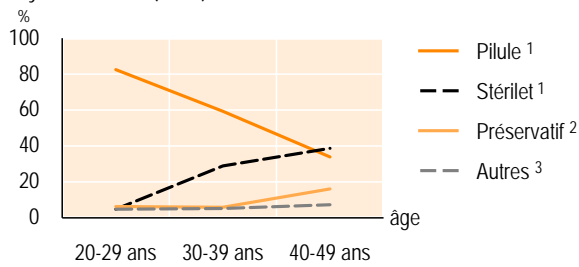
■ Le recours à l'IVG concerne toutes les classes d'âge entre 15 et 49 ans. C'est entre 18 et 24 ans que ce taux est le plus élevé (19 pour 1 000 femmes), et ce taux diminue ensuite progressivement avec l'âge (fig. 5).

Le taux de recours à l'IVG est peu élevé chez les moins de 18 ans (9 pour 1 000), mais dans cette classe d'âge, la majorité des conceptions aboutissent à une IVG puisque l'on dénombre 72 IVG pour 100 conceptions (fig. 6) [6].

■ L'IVG médicamenteuse concerne 38 % des IVG réalisées dans la région en 2004 (3 025). Cette proportion a beaucoup progressé depuis 2000, où elle atteignait seulement 19 % [6, 7].

1 Méthodes de contraception utilisées selon l'âge des femmes

Pays de la Loire (2005)



Source : Baromètre santé 2005. ORS, INPES

¹ utilisation associée ou non avec d'autres méthodes

² utilisation non associée à la pilule ou au stérilet

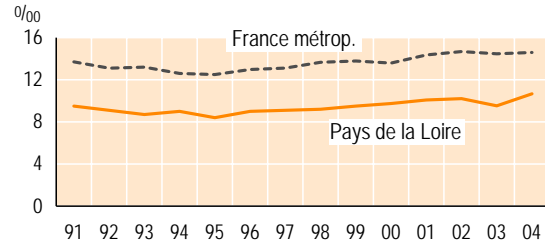
³ ensemble des autres méthodes

Rang au niveau national

La région des Pays de la Loire est la région de France métropolitaine présentant le taux de recours à l'IVG le plus faible.

4 Evolution du taux d'IVG¹ pour 1 000 femmes de 15-49 ans

Pays de la Loire, France métropolitaine (1991 - 2004)



Sources : SAE-H80-EHP (DREES), INSEE

¹ jusqu'en 1994, l'enquête ne permettant pas de distinguer les IVG et les IMG, les effectifs présentés totalisent donc les IVG et les IMG. Ces dernières sont toutefois en nombre trop réduit pour influencer les tendances.

2 Utilisation d'une méthode de contraception selon l'âge

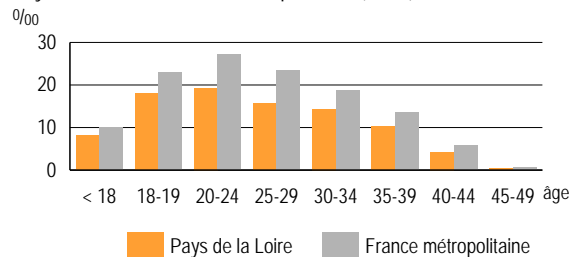
Pays de la Loire (2005)

	15-19 ans	20-25 ans
Filles, <i>a priori</i> concernées par la contraception, déclarant		
- utiliser un moyen de contraception	95 %	97 %
Pilule	82 %	89 %
- avec préservatif	31 %	10 %
- sans préservatif	51 %	79 %
Préservatif masculin	12 %	6 %
Autres moyens	1 %	2 %
- ne pas en utiliser	1 %	2 %
- en avoir une utilisation non systématique	1 %	0 %
- ne pas savoir	3 %	1 %

Source : Baromètre santé jeunes 2005. ORS, INPES

5 Taux d'IVG¹ pour 1 000 femmes selon l'âge

Pays de la Loire, France métropolitaine (2004)



Sources : SAE (DREES), PMSI-MCO (DHOS-DREES), INSEE

¹ y compris les IMG

3 Evolution du recours à la contraception et à la contraception d'urgence chez les jeunes filles de 15-25 ans

Pays de la Loire, France métropolitaine (2000 - 2005)

	Pays de la Loire		France métrop.	
	2000	2005	2000	2005
Jeunes filles déclarant utiliser un moyen de contraception	95 %	97 %	95 %	95 %
Jeunes filles déclarant prendre la pilule	76 %	86 % *	79 %	81 %
<i>parmi celles qui sont a priori concernées par la contraception : effectifs</i>	293	320	746	1 206
Jeunes filles déclarant avoir déjà eu recours à la contraception d'urgence	14 %	23 % *	14 %	30 % *
<i>parmi celles qui ont déjà eu un rapport sexuel au cours de la vie : effectifs</i>	345	366	898	1 433

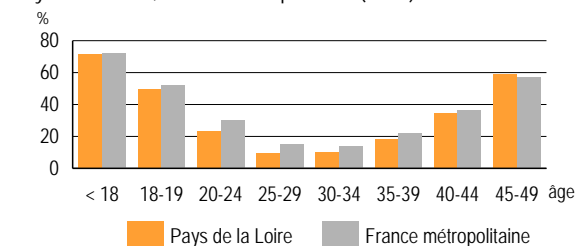
Sources : Baromètre santé jeunes 2000. Baromètre santé jeunes 2005. ORS, INPES

Les proportions présentées sont standardisées selon l'âge.

* différence avec la France métropolitaine significative au seuil de 5 %

6 Taux d'IVG¹ pour 100 conceptions selon l'âge des femmes

Pays de la Loire, France métropolitaine (2004)



Sources : SAE (DREES), PMSI-MCO (DHOS-DREES), INSEE

¹ y compris les IMG

Définitions

Conceptions : il s'agit de la somme des naissances et des IVG.

Contraception d'urgence : méthode exclusivement composée de progestatifs, sans effets secondaires et vendue sans ordonnance en pharmacie.

Femmes a priori concernées par la contraception : femmes ayant eu un rapport sexuel au cours des douze derniers mois et n'ayant pas déclaré lors de l'enquête "attendre ou chercher à avoir un enfant", "être seules au moment de l'enquête", "avoir des rapports exclusivement homosexuels", "avoir elles-mêmes ou leurs partenaires un problème de stérilité".

IMG : Interruption de grossesse pour motif médical.

IVG : Interruption volontaire de grossesse. La femme enceinte en situation de détresse peut demander à un médecin l'interruption de sa grossesse. Depuis juillet 2001, l'interruption peut être pratiquée jusqu'à la fin de la douzième semaine de grossesse, soit quatorze semaines d'aménorrhée. Auparavant, le délai était fixé à dix semaines de grossesse, soit douze semaines d'aménorrhée. Jusqu'à quarante-neuf jours d'aménorrhée, l'IVG peut être réalisée par mode médicamenteux (RU 486 ou mifépristone). Depuis juillet 2004, ces dernières peuvent être pratiquées dans le cadre de la médecine de ville pour motif médical.

Contraception et interruptions volontaires de grossesse

Sources

1. Enquête Baromètre santé 2005, INPES, exploitation ORS
2. La contraception dans le monde.
Ined, 2007, 1 p. (fiche pédagogique)
3. Les interruptions volontaires de grossesse en 2004.
A. Vilain. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 522, septembre 2006, 8 p.
4. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ?
N. Bajos, C. Moreau, H. Leridon *et al.* *Population & Sociétés*, Ined, n° 407, décembre 2004
5. Sexualité, contraception, prévention et dépistage des infections sexuellement transmissibles chez les jeunes de 12-25 ans.
Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2005.
ORS des Pays de la Loire, 2006, 12 p.
6. SAE 2004, données administratives : Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, Ministère de la santé et des solidarités, Drees
7. SAE 2000, données administratives : Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, Ministère de la santé et des solidarités, Drees

Pour en savoir plus

- Les interruptions volontaires de grossesse en Pays de la Loire.
Drass des Pays de la Loire. *Echo des Stat. Pays de la Loire*, n° 24, février 2005, 4 p.
- L'interruption volontaire de grossesse en France : prévention, prise en charge, conséquences.
C. Belouet-Moreau. Université Paris XI, 2005, 179 p. + ann. (Thèse de santé publique)
- Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme.
Afsaps, Anaes, Inpes, 2004, 234 p.
- Pilule et préservatif, substitution ou association ? Une analyse des biographies contraceptives des jeunes femmes en France de 1978 à 2000.
C. Rossier, H. Leridon, Equipe Cocon. *Population*, Ined, vol. 59, n° 3-4, mai-août 2004, pp. 449-478
- Le comportement des jeunes européens face à la santé génésique. Vol. 1.
N. Bajos, A. Guillaume, O. Kontula. Ed. du Conseil de l'Europe, 2004, 150 p. (Etudes Démographiques, n° 42)
- Reproductive health behaviour of young Europeans. Vol. 2 : the role of education and information.
O. Kontula. Ed. du Conseil de l'Europe, 2004, 100 p. (Population Studies, n° 45)
- La médicalisation croissante de la contraception en France.
H. Leridon, P. Oustry, N. Bajos, Equipe Cocon. *Population & Sociétés*, Ined, n° 381, juillet-août 2002, 4 p.
- Contraception, IVG et santé publique.
N. Bajos, H. Leridon. Dans *La santé en France 2002*, HCSP. Ed. La Documentation française, 2002, pp. 16-109
- Les enjeux de la stérilisation.
A. Giami, H. Leridon. Ed. Inserm, Ined, 2000, 334 p. (Coll. Questions en Santé Publique)